

# Bebé, Niño pequeño, Niño en edad preescolar - Formulario de salud infantil

**EL PROFESIONAL DE LA SALUD DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA - O PROPORCIONAR UNA COPIA DEL EXAMEN FÍSICO DE NIÑO SANO**

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Altura/Largo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Índice de Masa Corporal (BMI)- a partir de los 24 meses \_\_\_\_\_

Circunferencia de la cabeza- 2 años o **menos**: \_\_\_\_\_

Presión sanguínea-comience a los 3 años: \_\_\_\_\_

Hemoglobina (Hgb) o Hematocrito (Hct)- a los 12 meses: \_\_\_\_\_

Evaluación del riesgo de plomo: \_\_\_\_\_

Nivel de plomo en sangre: fecha \_\_ resultados \_\_\_\_\_

## Prueba de desarrollo sensorial:

Evaluación de la vista: \_\_\_\_\_

Agudeza visual: Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_

Evaluación auditiva: Oído derecho \_\_\_\_\_ Oído izquierdo \_\_\_\_\_

Timpanometría (puede adjuntar resultados)

## Evaluación/Supervisión del desarrollo

(n = límites normales) de lo contrario describir

Resultados de la prueba de detección del desarrollo:

Resultados de la prueba de detección de autismo:

Resultados psicosociales/conductuales

Referencia de desarrollo hecha hoy:  Sí  No

**Resultados del examen:** (n = límites normales) de lo contrario describir

HEENT (Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta)

Boca/Dientes Fecha de examen dental \_\_\_\_\_

Salud bucal/referencia dental hecha hoy:  Sí  No

Corazón

Pulmones

Estómago/Abdomen

Genitales

Extremidades, articulaciones, músculos, columna vertebral

Piel, ganglios linfáticos

Neurológico

## Alergias

Ambiente:
Medicamento:
Alimentos:
Insectos:
Otro:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Vacunas y prueba de tuberculosis:** (marque como se indica)

Certificado de vacunación del IDPH revisado y firmado

Prueba de tuberculosis completa (solo para menores de alto riesgo)

**Medicamentos:** El profesional de la salud autoriza que el menor puede recibir los siguientes medicamentos mientras está en el centro de cuidado infantil: (incluidos *los de venta libre y recetados*)

Nombre del medicamento

Dosis

Crema para dermatitis del pañal:

Medicamento para reducir la fiebre o el dolor:

Protector solar:

Otro

Cualquier otro medicamento debe aparecer en la lista junto con instrucciones escritas para su uso en la guardería. Formularios para medicamentos disponibles en [www.idph.iowa.gov/hcci/products](http://www.idph.iowa.gov/hcci/products)

## Referencias adicionales ordenadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Declaración de evaluación del proveedor de atención médica:

El menor puede participar en actividades adecuadas de aprendizaje/desarrollo de la primera infancia **SIN** restricciones relacionadas con la salud.

El niño puede participar en actividades adecuadas de aprendizaje/desarrollo de la primera infancia **con restricciones** (vea los comentarios).

El niño tiene un plan de cuidado de necesidades especiales

Tipo de plan \_\_\_\_\_  
(Complete y entregue a los padres para el cuidado del menor )

Comentarios:

Puede usar un sello

Firma \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo el tipo de proveedor: **MD DO PA ARNP**

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

La American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría) tiene recomendaciones para la frecuencia de los cuidados pediátricos preventivos infantiles (Bright Futures, marzo de 2021)  
[https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity\\_schedule.pdf](https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf)

## PADRE/TUTOR COMPLETE ESTA PÁGINA

Cuéntenos sobre la salud de su hijo. Coloque una **X** en la casilla  si la afirmación aplica a su hijo. Marque *todo* lo que corresponda a su hijo. Esto ayudará a su proveedor de atención médica a planificar el examen físico del niño.

### Crecimiento

Me preocupa el crecimiento de mi hijo.

### Apetito

Me preocupan los hábitos alimenticios/de comer o el apetito de mi hijo.

### Descanso -

Me preocupa la cantidad de sueño que necesita mi hijo.

### Enfermedad/Cirugía/Lesión - Mi hijo

tuvo una enfermedad grave, una lesión o cirugía.

Describa:

### Actividad física - Mi hijo

debe restringir la actividad física.

Describa:

### Desarrollo y aprendizaje

Me preocupa el comportamiento, desarrollo o aprendizaje de mi hijo.

Describa:

**Alergias**-Mi hijo tiene alergias. (Medicamento, comida, polvo, moho, polen, insectos, animales, etc.).

Describa:

**Plan de cuidado de necesidades especiales** - Mi hijo tiene una necesidad especial y necesita un plan de atención para el cuidado infantil Hable con su proveedor de atención médica.

Preguntas y comentarios del padre/tutor para el proveedor de atención médica:

Firma del padre/madre o tutor

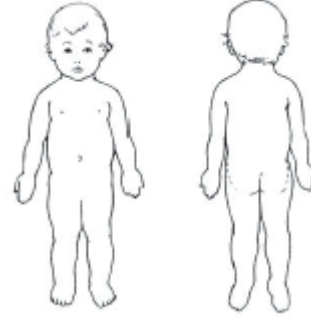
Fecha:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

**Salud corporal** - Mi hijo tiene problemas con

la piel, marcas de nacimiento, manchas azules, el cabello, las uñas de la mano o uñas de los pies.

Dibuje y describa el color/forma de las marcas en la piel  
marcas de nacimiento, cicatrices, lunares



Ojos\visión, gafas

Oídos\audición, audífonos o dispositivos, dolores de oído, tubos en los oídos

Problemas nasales, hemorragias nasales, secreción nasal

Boca, dentición, encías, lengua, llagas en la boca o en los labios, respiración bucal, ronquidos

Dolor de garganta frecuente o amigdalitis

Problemas respiratorios, asma, tos, difteria

Corazón, soplo cardíaco

Dolor de estómago, malestar estomacal, regurgitación

Uso del inodoro, entrenamiento para usar el baño, orinar

Huesos, músculos, movimiento, dolor al moverse, utiliza equipo de ayuda.

Sistema nervioso, dolores de cabeza, convulsiones o hábitos nerviosos (como espasmos)

Necesita equipo especial.

Indique el equipo:

**Medicamentos** - Mi hijo toma medicamentos. (Escriba el nombre del medicamento, la hora en que se toma el medicamento y el motivo por el cual le recetaron el medicamento).

# Recommendations for Preventive Pediatric Health Care – Infant, Toddler, and Preschool Age

## Recomendaciones de cuidados pediátricos preventivos para lactantes, niños y preescolares

Bright Futures/American Academy of Pediatrics

Cada niño y cada familia son únicos; por lo tanto, estas Recomendaciones de cuidados pediátricos preventivos están diseñadas para el cuidado de niños que reciben una crianza responsable, que no presentan manifestaciones importantes de salud, y que crecen y se desarrollan de forma satisfactoria. Es posible que sea necesario hacer consultas médicas adicionales si las circunstancias se apartan de lo normal. En el caso de niños y adolescentes con enfermedades crónicas o con problemas psicológicos o de desarrollo infantil, es probable que se requieran visitas frecuentes de consejería y tratamiento aparte de las visitas de cuidado preventivo.

Estas pautas representan la opinión consensuada de American Academy of Pediatrics (AAP) y Bright Futures. La AAP continúa enfatizando la gran importancia de la continuidad de los cuidados, la supervisión de la salud integral y la necesidad de evitar la fragmentación de los cuidados. Consulte las recomendaciones específicas por edades publicadas por Bright Futures (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008).

Las recomendaciones en esta declaración no indican un curso de tratamiento ni una práctica de cuidado médico exclusivos. Se deben considerar las circunstancias individuales y hacer las variaciones pertinentes.

		LACTANCIA							PRIMERA INFANCIA							
EDAD <sup>1</sup>		Prenatal <sup>2</sup>	Recién-nacido <sup>3</sup>	3-5 d <sup>4</sup>	1 m	2 m	4 m	6 m	9 m	12 m	15 m	18 m	24 m	30 m	3 a	4 a
<b>HISTORIA:</b>	Inicial/Intervalo	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>MEDIDAS:</b>	Largo/altura y peso		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Circunferencia de cabeza		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			
	Peso considerando el largo		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				
	Índice de masa corporal <sup>5</sup>												●	●	●	●
	Presión arterial <sup>6</sup>		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●
<b>PRUEBA DE DESARROLLO SENSORIAL:</b>	Visión <sup>7</sup>		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●	●
	Audición		● <sup>8</sup>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	●
<b>EVALUACIÓN DE DESARROLLO/MENTAL:</b>																
	Prueba de detección del desarrollo <sup>9</sup>								●			●		●		
	Prueba de detección de autismo <sup>10</sup>											●	●			
	Supervisión del desarrollo		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Psychosocial/Behavioral Assessment		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Evaluación de uso de alcohol y drogas <sup>11</sup>															
	Prueba de detección de depresión <sup>12</sup>															
	<b>EXAMEN FÍSICO</b> <sup>13</sup>		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<b>PROCEDIMIENTOS</b> <sup>14:</sup>	Análisis de sangre del recién nacido <sup>15</sup>		← ● →													
	Prueba de detección de defecto cardíaco congénito grave <sup>16</sup>		●													
	Vacunas <sup>17</sup>		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Hematocrito o Hemoglobina <sup>18</sup>						*			●	*	*	*	*	*	*
	Prueba de detección de plomo <sup>19</sup>							*	*	● ○ * <sup>20</sup>		*	● ○ * <sup>20</sup>		*	*
	Prueba de tuberculosis <sup>21</sup>				*			*		*		*	*	*	*	*
	Dyslipidemia Screening <sup>22</sup>											*				*
	Prueba de detección de ETS/VIH <sup>23</sup>															
	Prueba de detección de displasia cervical <sup>24</sup>															
	<b>SALUD BUCAL</b> <sup>25</sup>						*	*		● ○ *		● ○ *	● ○ *	● ○ *	●	
	Barniz de fluoruro <sup>26</sup>							← ● →				●				
	<b>RECOMENDACIONES ANTICIPADAS</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

CLAVE: ● = a realizar      ● ○ \* = evaluación de riesgo a realizar con seguimiento adecuado, de ser positiva      ← ● → = intervalo durante el cual se puede proveer el servicio

## Notas a pie de página de las Recomendaciones de cuidados pediátricos preventivos

1. Si en cualquier momento se presenta un niño por primera vez sin los cuidados recomendados, o si no se logran algunos de los objetivos esperados a la edad sugerida, se debe actualizar la situación del niño a la brevedad posible.
2. Se recomienda una consulta prenatal a todos los padres en situación de alto riesgo, a los padres primerizos y a todos aquellos deseen hacer consultas. La consulta o visita prenatal deberá incluir las recomendaciones anticipadas, el historial médico pertinente y una conversación sobre los beneficios de la lactancia materna y los métodos planificados de alimentación, según las pautas recomendadas por la AAP en 2009 en “La visita prenatal” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/124/4/1227.full>).
3. Cada lactante deberá tener una evaluación después del nacimiento, y se deberá incentivar la lactancia materna (junto con ofrecer instrucción y apoyo).
4. Cada lactante deberá tener una evaluación dentro de un intervalo de 3 a 5 días de su nacimiento y dentro de 48 a 72 horas después del alta hospitalaria, que debe incluir una evaluación que abarque los aspectos de alimentación y la detección de ictericia. Los bebés con lactancia materna deberán recibir una evaluación formal de la alimentación, y sus madres deberán ser incentivadas y recibir instrucciones sobre el tema, según las pautas recomendadas por la AAP en 2012 en “Lactancia materna y uso de leche humana” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full>). Los recién nacidos dados de alta con menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de un intervalo de 48 horas a partir del alta hospitalaria, según las pautas recomendadas por la AAP en 2010 en “Estadía en hospital de recién nacidos a término sanos” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/125/2/405.full>).
5. Prueba de detección, según las pautas recomendadas por la AAP en 2007 en “Recomendaciones del comité de expertos respecto a prevención, evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad del niño: Informe resumido” ([http://pediatrics.aappublications.org/content/120/Supplement\\_4/S164.full](http://pediatrics.aappublications.org/content/120/Supplement_4/S164.full)).
6. La medición de la presión arterial en lactantes y niños con condiciones específicas de riesgo debe hacerse en visitas antes de los 3 años.
7. Se recomienda una evaluación de la agudeza visual a los 4 y 5 años de edad, al igual que en niños de 3 años capaces de cooperar durante el procedimiento. Se pueden hacer pruebas con el uso de instrumentos para evaluar el riesgo en niños de 12 y 24 meses, además de las pruebas regulares en las visitas de bienestar de la salud que ocurran entre los 3 y los 5 años de edad. Consulte las pautas recomendadas por la AAP en 2016 en “Evaluación del sistema visual en lactantes, niños y adultos jóvenes por parte de pediatras” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/137/1/1.51>) y “Procedimientos para la evaluación del sistema visual por parte de pediatras” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/137/1/1.52>).
8. Todos los recién nacidos deben ser evaluados, según las pautas recomendadas por la AAP en “Declaración de 2007: Principios y Recomendaciones para la detección precoz de problemas de hipoacusia y programas de intervención” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/4/898.full>).
9. Consulte las pautas recomendadas por la AAP en 2006 en “Identificación de lactantes y niños grandes con trastornos del desarrollo en la medicina en equipo: Un algoritmo para la supervisión y evaluación del desarrollo” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/405.full>).
10. La prueba de detección debe hacerse según las pautas recomendadas por la AAP en 2007 en “Identificación y evaluación de niños con trastornos del espectro del autismo” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full>).
11. Se recomienda el uso de la herramienta de evaluación disponible en <http://www.ceasar-boston.org/CRAFFT/index.php>.
12. Se recomienda hacer la evaluación con el uso del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)-2 u otras herramientas disponibles en el kit de herramientas GLAD-PC y en [http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH\\_ScreeningChart.pdf](http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf).
13. En cada visita, es esencial hacer un examen físico acorde con la edad, con el lactante totalmente desnudo y los niños más grandes desvestidos, pero cubiertos debidamente con una bata. Consulte las pautas recomendadas por la AAP en 2011 en “Uso de chaperones durante el examen físico de un paciente pediátrico” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/5/991.full>).
14. Pueden modificarse, dependiendo del punto de entrada en el programa y la necesidad individual.
15. El Protocolo de evaluaciones uniformes recomendadas para el recién nacido (<http://www.hrsa.gov/advisorycommittees/mchbadvisory/heritabledisorders/recommendedpanel/uniformscreeningpanel.pdf>), según lo determinado por el Comité Asesor del Secretario en Trastornos Genéticos en Recién Nacidos y Niños, y las leyes y normativas estatales que rigen las evaluaciones del recién nacido (<http://genes-r-us.uthscsa.edu/sites/genes-r-us/files/nbsdisorders.pdf>) establecen los criterios y la cobertura de los

procedimientos diagnósticos y programas para el recién nacido. El pediatra debe proveer el seguimiento médico, según corresponda.

16. Se debe hacer una Prueba de detección de defecto cardíaco congénito mediante una oximetría de pulso en los recién nacidos, después de las primeras 24 horas de nacidos, antes del alta hospitalaria, según las pautas recomendadas por la AAP en 2011 en “Aprobación de recomendación de servicios de salud y humanos de oximetría de pulso para la detección de defecto cardíaco congénito” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/190.full>).
17. Los programas, según el Comité de la AAP para Enfermedades Infecciosas, están disponibles en: <http://aapredbook.aappublications.org/site/resources/izschedules.xhtml>. Cada visita debe ser una oportunidad para actualizar y completar las vacunas del niño.
18. Consulte las pautas recomendadas por la AAP en 2010 en “Diagnóstico y prevención de deficiencia de hierro y anemia por deficiencia de hierro en lactantes y niños (0-3 años de edad)” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1040.full>).
19. Para los niños en riesgo de exposición a plomo, consulte las pautas recomendadas en 2012 por el Comité Asesor de CDC en “La exposición a niveles bajos de plomo daña a los niños: Un nuevo llamado a la prevención primaria” ([http://www.cdc.gov/nceh/lead/ACCLPP/Final\\_Document\\_030712.pdf](http://www.cdc.gov/nceh/lead/ACCLPP/Final_Document_030712.pdf)).
20. Lleve a cabo las evaluaciones de riesgo y pruebas de detección pertinentes, basado en los requisitos universales de detección para pacientes con Medicaid o en zonas de alta prevalencia.
21. Pruebas de detección de tuberculosis según las recomendaciones del Comité para Enfermedades Infecciosas, publicadas en la edición actual del Libro Rojo de AAP: Informe del Comité para Enfermedades Infecciosas. Debe hacerse una prueba si se advierten factores de alto riesgo.
22. Consulte las pautas del National Heart Blood and Lung Institute, aprobadas en 2011 por la AAP, “Pautas integradas para la reducción del riesgo y las enfermedades cardiovasculares en niños y adolescentes” ([http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd\\_ped/index.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd_ped/index.htm)).
23. Los adolescentes deben ser evaluados para la detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) según las recomendaciones en la edición actual del Libro Rojo de AAP: Informe del Comité para Enfermedades Infecciosas. Adicionalmente, todos los adolescentes deben ser evaluados para la detección del VIH de acuerdo con las pautas recomendadas de la AAP (<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/1023.full>) una vez entre los 16 y los 18 años, haciendo todo lo posible por mantener la confidencialidad del adolescente. Los adolescentes con mayor riesgo de infección de HIV, incluidos aquellos sexualmente activos, aquellos que usan drogas inyectables o que son evaluados para la detección de otras ETS, deben ser evaluados para la detección del VIH y reevaluados cada año.
24. Consulte las recomendaciones de USPSTF (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfscerv.htm>). Las recomendaciones para hacer exámenes pélvicos a mujeres antes de los 21 años se indican en las pautas recomendadas por la AAP en 2010 en “Examen ginecológico para adolescentes en un consultorio pediátrico” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/583.full>).
25. Evalúe si el niño tiene atención odontológica. Si se identifica que el niño no tiene atención odontológica, realice una evaluación del riesgo (<http://www2.aap.org/oralhealth/docs/RiskAssessmentTool.pdf>) y remítalo a un dentista. Si el suministro de agua principal es deficiente en fluoruro, considere la complementación de sus dientes con fluoruro. Recomiende el cepillado de dientes con pasta dental con fluoruro en la cantidad adecuada para la edad del niño. Consulte las pautas recomendadas por la AAP en 2009 en “Evaluación oportuna del riesgo de la salud bucodental y establecimiento de cuidados odontológicos” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/111/5/1113.full>), en el informe clínico de 2014 “Uso de fluoruro en la prevención de caries en un entorno de cuidados primarios” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/626>), y en la recomendación de la AAP de 2014 “Mantenimiento y mejoramiento de la salud bucodental de los niños” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/134/6/1224.full>).
26. Consulte las recomendaciones de USPSTF (<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfndch.htm>). Cuando hay dientes presentes, se puede aplicar fluoruro a todos los niños cada 3-6 meses en el consultorio médico o dental. Las recomendaciones para el uso de fluoruro se indican en el informe clínico de la AAP de 2014 “Uso de fluoruro para la prevención de caries en un entorno de cuidados primarios” (<http://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/626>).